

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

227

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel Edouard BULART

Né le 28 Août 1908, à ARTRES (Nord)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

ÉTUDE DE LA MALADIE GÉLATINEUSE
DU PÉRITOINE
D'ORIGINE APPENDICULAIRE
ET SON TRAITEMENT

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel Edouard BULART

Né le 28 Août 1908, à ARTRES (Nord)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

ÉTUDE DE LA MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE D'ORIGINE APPENDICULAIRE ET SON TRAITEMENT

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

Boyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale.....	Maur. VILLARET.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	ACHARD.
Clinique des maladies des enfants.....	BEZANÇON.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	CARNOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses.....	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale.....	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GREGOIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LENORMANT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	TERRIEN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MARION.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BRINDEAU.
Clinique des maladies infectieuses.....	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale.....	JEANNIN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	J.-L. FAURE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	OMBREDANNE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RATHERY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEMAITRE.
Clinique des maladies infectieuses.....	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale.....	SERGENT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Léon BERNARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	MATHIEU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HOVELACQUE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	MULON.
Clinique des maladies infectieuses.....	OLIVIER.
Clinique chirurgicale.....	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâtrie.	FEY	Urologie.
BENARD Henri ..	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphil-
	graphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

AUBERTIN	} Clinique médicale.
ABRAMI	
BRULE	
CHIRAY	
DUVOIR	
HARVIER	} Clinique chirurgicale
LIAN	
BASSET	
CADENAT	
HEITZ-BOYER .	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ	

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.....	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Témoignage de filiale affection.

A Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur ROY

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Soissons

*Qui a bien voulu nous éclairer de
ses précieux conseils.*

*Qu'il veuille trouver ici le témoi-
gnage de notre profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Parcourant les différents travaux publiés jusqu'alors aussi bien à l'étranger qu'en France sur la maladie gélatineuse du péritoine nous avons remarqué une concordance d'opinions des différents auteurs sur la symptomatologie polymorphe de cette affection curieuse et assez fréquente ; l'étiologie et la pathogénie éclairées par une étude anatomo-pathologique approfondie sont à l'heure actuelle bien définies.

Nous y reviendrons d'ailleurs au cours de cet ouvrage.

Cependant un point capital de la question, soulevé par MM. R. MONOD et VUILLIÈME dans un article très documenté paru en 1931 dans le *Journal de Chirurgie*, — nous voulons parler de l'oblitération de la communication cæcoappendiculaire dans le pseudo-myxome de l'appendice, — est resté très obscur.

Nous appuyant sur un cas personnel de maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire, nous nous proposons d'étudier au cours de ce travail les questions suivantes :

1° Y a-t-il toujours oblitération de la communication entre le cæcum et l'appendice ?

2° L'épanchement gélatineux du péritoine est-il par conséquent toujours aseptique ?

3° Peut-on fermer la paroi sans drains ni mèches ?

HISTORIQUE

Cette affection, hâtons-nous de le dire, n'est pas une rareté pathologique, elle est connue et décrite depuis très longtemps. CRUVEILHIER, dans son traité classique « d'Anatomie pathologique », parle de la dégénération gélatiniforme de l'appendice, qu'il rapproche du cancer colloïde.

Depuis FRAENKEL, en 1901, les Allemands ont rapporté de nombreux cas de maladie gélatineuse du péritoine ; ils paraissent pourtant ignorer que c'est PÉAN qui créa le terme de « Maladie gélatineuse » en 1874. Dix ans après, WERTH lui substitue le terme d'ailleurs impropre de pseudo-myxome. En 1912, LEJARS en rapporte de nombreux cas cliniques variés, et fait remarquer le polymorphisme de la symptomatologie de cette affection. Les Professeurs HARTMANN et BINET publient en 1918 un travail complet de la question, fort documenté au point de vue histologique. La thèse de PELLETIER, en 1924, est plus spécialement consacrée aux kystes et diverticules de l'appendice. LIEBLEIN, en 1929, rapporte aussi quelques cas de mucocèles de

l'appendice, formation pathologique qu'il croit due à l'oblitération de cet organe du côté cæcal. Enfin, en 1931, MM. R. MONOD et VUILLIÈME reprennent la question, c'est sur ce dernier travail que nous nous reportons constamment dans cet ouvrage.

OBSERVATIONS

Néanmoins, pour faciliter l'étude et la compréhension du problème ainsi posé, nous reprendrons les principales observations publiées par les auteurs cités plus haut.

Obs. I (LEJARS, 1912).

Malade opéré pour appendicite aiguë avec plastron, reste avec une fistule, laissant échapper des filaments gélatineux ; trois mois après la première intervention, nouvelle incision iliaque droite, on trouve dans l'abdomen une masse gélatineuse qu'on enlève ; l'histologie révèle qu'elle répond au pseudo-myxome.

Obs. II (LEJARS, 1912).

Dans une première tentative d'appendicectomie, on est obligé de laisser l'appendice à cause du plastron. La seconde intervention montre un épiploon recouvert de vacuoles transparentes, donnant issue à une sorte de mucilage. Après appendicectomie, drainage. Guérison parfaite.

Examen microscopique. — Appendice à parois épaissies ; muqueuse rouge. Perforation microscopique dans le bout ; hypertrophie des follicules clos, avec sclérose de la sous-muqueuse.

Examen histologique. — Substance amorphe plus ou moins feuilletée avec affinités tinctoriales variables d'un kyste à l'autre. Retient plutôt les bleus basiques. La paroi des kystes, en général, mince, est constituée par des faisceaux fibreux denses. Entre la paroi fibreuse et la masse de substance amorphe, il n'y a le plus souvent interposition d'aucun élément cellulaire de telle sorte qu'on pourrait croire à la formation de pseudo-kystes par dégénérescence muqueuse de tissu conjonctif. Un des kystes sur la cinquième partie à peine de sa surface interne est recouvert d'épithélium. C'est un épithélium d'abord cubique et bas, puis cylindrique. Le protoplasme est relativement peu développé, presque toute la cellule étant remplie par un noyau riche en chromatine et dont le nucléole est apparent. Pourtant quelques cellules plus hautes ont développé leur protoplasme ; elles se sont conformées en cellules calicifères et ont élaboré une substance qui remplit leur cavité caliciforme et s'identifie à celle du contenu des kystes.

Pas de signe de prolifération active ; pas de karyokynèse ; donc kystes d'origine épithéliale, d'activité médiocre. Dans le tissu adipeux, on rencontre quelques cellules migratrices, monocellulaires, traduisant une réaction inflammatoire.

Obs. III (FRAENKEL).

A l'autopsie d'un vieillard de 79 ans, mort d'un ramollissement cérébral, on trouve dans le petit bassin, une masse gélatineuse importante, se prolongeant dans les deux fosses iliaques avec prédominance à droite. Elle est constituée par des amas mucoïdes non adhérents, qu'on peut puiser à pleines mains. L'appendice est dilaté, en ampoule, et perforé. Aucune trace de néoplasme.

Obs. IV (HARTMANN et BINET).

Le 28 mars 1908, une femme de 51 ans, est opérée pour une tumeur abdominale kystique, accompagnée de réaction péritonéale subaiguë avec douleurs abdominales assez vives et amaigrissement considérable.

Incision médiane sous-ombilicale, l'épiploon est adhérent à la paroi abdominale antérieure au niveau de la partie inférieure de l'incision. Il est soulevé par une masse gélatineuse ayant l'aspect de gelées de groseilles blanches ; ablation de la masse.

A droite, kyste ovarique multiloculaire dont une poche est largement ouverte et laisse voir dans son intérieur une masse bourgeonnante du volume du poing. A gauche, ovaire normal, hydrosalpinx. Appendice kystique adhérent à la tumeur. Résection, fermeture sans drainage.

Suites immédiates : Guérison sans incidents.

Suites éloignées : 6 ans après, nouvelles douleurs,

tumeur abdominale, mal limitée, donnant la sensation de tremblement. L'intervention paraît inutile à cause de l'état cachectique de la malade. Mort sept ans après l'intervention.

EXAMEN DE L'APPENDICE PAR M. LECÈNE

La cavité de l'appendice est remplie par une substance hyaline qui se colore en violet clair par l'hématoxylène et en violet rouge par le bleu polychrome.

La muqueuse est réduite à une seule assise de cellules épithéliales formée de cellules cylindriques hautes, mélangées à un grand nombre de cellules caliciformes emplies de grains d'une substance hyaline analogue à celle qui emplissait la cavité de l'appendice.

Dans la paroi fibro-musculaire amincie, on retrouve des vaisseaux lymphatiques dilatés contenant la même substance hyaline.

On peut la considérer comme étant du mucus intestinal sécrété par des cellules caliciformes de la muqueuse appendiculaire, profondément modifiée.

La lésion essentielle caractéristique de cet appendice kystique est l'atrophie complète de la muqueuse ; disparition des glandes et du tissu lymphoïde, avec conservation des cellules caliciformes sécrétant le mucus. A signaler la résorption du mucus par les lymphatiques de la paroi appendiculaire.

Obs. V (HIRST, citée par STENGEL).

A l'autopsie d'une femme de 50 ans, morte d'un coma diabétique, on trouve un appendice dilaté avec une petite perforation laissant passer une grappe de tissu muqueux. L'appendice est fermé en haut et ne communique pas avec le cæcum.

Obs. VI (TROTTER).

Homme de 36 ans, ayant souffert d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite en 1907, et ayant conservé une sensibilité iliaque, est repris en 1908 d'une crise violente, à la suite de laquelle apparaît une tuméfaction. A l'opération on constate, au niveau de l'épiploon, du côlon ascendant, du cæcum, des masses gélatineuses enkystées dans des adhérences récentes. On les enlève: comme on ne voit pas l'appendice, on referme. Guérison complète.

Obs. VII (TROTTER).

Homme de 70 ans, ayant eu une première crise vingt ans auparavant. En octobre 1910 est repris d'un retour offensif violent. A l'intervention, on trouve un appendice perforé, baignant dans des exsudats gélatineux accumulés dans le péritoine.

L'examen montre un appendice formant cavité tapissée de mucus, ne communiquant pas avec la cavité

cæcale. Mais il y a, par l'intermédiaire d'une perforation, continuité entre le vase appendiculaire et l'exsudat gélatiniforme, pseudo-myxomateux.

Obs. VIII (DELETREZ, Académie Royale de Belgique).

Femme de 38 ans, opérée pour appendicite aiguë; appendice adhérent au cæcum et à l'épiploon. Il est perforé à son extrémité et laisse sourdre en ce point un liquide gélatineux. Au cours de la libération pénible de l'appendice on ouvre un petit foyer suppuré. Drainage, guérison en 3 semaines.

Obs. IX (HARTMANN et BINET).

Femme âgée de 46 ans, entre le 18 juin 1917 dans le service de clinique chirurgicale du Professeur HARTMANN. Depuis 1900, époque à laquelle elle a été traitée pour une crise appendiculaire, elle a toujours souffert de sa fosse iliaque droite. Dans les premiers jours d'avril elle a constaté par hasard la présence, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, d'une tumeur du volume d'une grosse noix, tumeur dure, mobile, sensible à la pression. Amaigrissement, perte de force.

A l'inspection, le ventre présente une légère voussure de la partie droite. A la palpation, on constate à deux travers de doigts au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur du vo-

lume d'une grosse noix de consistance dure, arrondie, à contours limités. Elle est lisse, mobile, indolore spontanément.

INTERVENTION. — Incision en dehors du grand droit de l'abdomen. A travers l'épiploon adhérent à la partie inféro-externe de la fosse iliaque, on voit le cæcum formant une tumeur de couleur jaunâtre ; libération, résection de l'épiploon. On voit alors que le cæcum est comme soulevé par une masse blanc-jaunâtre recouverte d'un feuillet d'apparence séreuse, se continuant avec le péritoine iliaque faisant corps avec le fond et la partie postéro-latérale externe du cæcum.

Pensant à une tumeur du cæcum, nous faisons en dehors de lui une incision pour amorcer un décollement. Immédiatement apparaissent des masses de gelée jaunâtre mêlées par place de parties plus blanches ressemblant à de la pâte de guimauve très molle. Nous vidons toute la poche de ces masses et nous voyons, accolé à la partie postéro-latérale externe du cæcum, un appendice fusionné avec cette paroi.

Cet appendice, très augmenté de volume, présente au niveau de sa partie moyenne une fente large, béante, d'un centimètre de large et de 2 cm. 1/2 de long.

Nous écrasons la paroi cæcale au niveau de son insertion, enfouissement par un surjet séro-séreux. Fermeture par bronzes. Drainage.

Suites opératoires : 20 juillet, la malade sort de l'hôpital guéri.

EXAMEN DE L'APPENDICE. — Il a sept centimètres de long ; gros comme un porte-plume, de coloration rouge ; il est souple. A sa face postérieure se trouve une ulcération allongée dans son sens vertical, à bords non indurés de petites dimensions ; à ce niveau, perforation complète de la paroi.

La coupe de l'organe, dans le sens de la longueur, ne montre rien d'anormal, à part la communication de la cavité appendiculaire avec la cavité péritonéale, par la fistule décrite.

AU MICROSCOPE. — La muqueuse apparaît en hyperfonctionnement ; les cellules qui constituent les glandes du vernium sont hautes au point de s'associer avec celles du côté opposé. Elles oblitèrent la lumière du tube glandulaire. Les cellules présentent des vacuoles abondantes au pôle axial. La musculuse est normale. Les amas lymphoïdes de la sous-muqueuse sont un peu hypertrophiés.

EXAMEN DE LA MASSE PSEUDO-MYXOMATEUSE. — Elle est molle, gélatineuse, couleur jaune clair, transparente. On en a recueilli environ 200 cc.

Cette masse entourait l'appendice et est constituée par une masse uniforme, et non pas par des kystes accolés.

Au microscope, elle est constituée par de grands filaments dépourvus de noyaux, non organisés, disposés en travées irrégulières entre lesquelles se trouve un liquide d'œdème.

Les examens clinique et biologique faits par M. BINET montrent que cette masse gélatineuse est nettement alcaline. Elle ne se modifie pas par l'acide acétique, ni par l'action de la chaleur ; elle ne se dissout pas dans l'eau.

Obs. X (Ch. R. MONOD et VUILLIÈME).

Il s'agit d'un homme de 42 ans, représentant de commerce, M. Pierre G..., qui entre dans le service de chirurgie du Docteur MOCQUOT, à Bichat, le 28 février 1930, à 2 heures de l'après-midi, pour une crise douloureuse abdominale.

A l'interrogatoire on apprend qu'il a ressenti le matin même, vers 8 heures, aussitôt après l'ingestion de son petit déjeuner, une violente douleur qui, siégeant d'abord au niveau du testicule droit, a envahi ensuite la fosse iliaque droite, puis l'hypocondre droit. Il a voulu malgré tout se rendre à son travail, mais la douleur est devenue de plus en plus violente, et s'est généralisée à tout l'abdomen. Il éprouvait alors une sensation de barre douloureuse, le courbant en deux, et irradiant dans la région lombaire, avec des paroxysmes de plus en plus violents. A aucun moment il n'a présenté de nausées ni de vomissements. Rentré chez lui, il a appelé un médecin qui a porté le diagnostic de colique néphrétique et lui a conseillé d'entrer à l'hôpital.

Antécédents. — Dans ses antécédents immédiats, on note, une semaine avant la crise actuelle, des dou-

leurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite, douleurs sourdes, à type de coliques abdominales, survenues subitement à la suite d'un déjeuner abondant et ayant cessé spontanément le soir même. A la suite de cette crise, le malade n'a présenté ni constipation, ni diarrhée.

Dans ses antécédents éloignés, on note qu'il a contracté le paludisme en 1907, et jusqu'en 1911, durant un séjour en Tunisie, a présenté des accès fréquents. Depuis son retour en France, ces accès sont au contraire très espacés.

Examen à l'entrée. — La température est de 38°5, le pouls à 90. Le malade a un bon aspect général. Il souffre de la fosse iliaque et de l'hypocondre droits, mais ne souffre plus de la région testiculaire. Le ventre est légèrement ballonné ; il respire normalement dans l'étage supérieur.

A la palpation, on met en évidence une contracture qui s'étend à tout l'étage inférieur de l'abdomen, mais avec un maximum net au niveau de la fosse iliaque droite. La palpation révèle de plus une douleur vive au niveau du point de Mac Burney et un peu au-dessus, au niveau de l'hypocondre droit. Le toucher rectal est douloureux mais ne montre rien de plus.

On pense, en présence de ces symptômes, à une crise d'appendicite aiguë, et l'intervention est pratiquée immédiatement, soit 7 heures après le début des accidents douloureux.

Intervention. — Opérateur : Docteur Raoul-Ch. Monod. Aide : VUILLIÈME.

Anesthésie au Schleich. — Incision de Mac Burney ; à l'ouverture du péritoine, issue d'une matière gélatineuse abondante, ressemblant à du frai de grenouille. L'appendice est rétro-cæcal et remonte assez haut dans la région sous-hépatique, aussi est-on obligé d'agrandir l'incision vers le haut pour pratiquer l'appendicectomie.

L'appendice est énorme, son méso est infiltré par une masse gélatineuse du volume d'une noisette. Le péritoine qui tapisse la fosse iliaque et la paroi abdominale est rouge, cartonné et recouvert de granulations translucides, comparables à des grains de semoule (on en prélève un petit fragment en bordure de l'incision, en vue de l'examen histologique).

Etant donné la friabilité de l'appendice et le volume du moignon appendiculaire, on pratique un triple enfouissement au catgut fin.

On ferme ensuite la paroi en un seul plan aux crins doubles, après avoir évacué les masses gélatineuses libres que l'on rencontre dans la fosse iliaque et vers le cul-de-sac de Douglas, on place un drain et deux mèches derrière le cæcum à la place occupée par l'appendice.

Suites opératoires. — Elles furent très simples. Dans les jours qui suivent, la température est retombée à la normale. Le malade ne souffre plus. Ablation des mèches le quatrième jour, et du drain le sixième jour. Au niveau de l'orifice du drain, la cicatrisation est plus lente à se produire. Le malade sort de Bichat le 27 mars 1930, complètement guéri.

Nous avons revu notre opéré le 5 février 1931 ; il

était en parfait état général et local. Il n'avait jamais souffert depuis l'intervention et ses fonctions digestives s'accomplissaient parfaitement.

EXAMEN DE LA PIÈCE

a) *Macroscopiquement* : Appendice volumineux, plus gros que le pouce. Pas de perforation visible ; sous la séreuse il existe des amas gélatineux. Après incision longitudinale, on constate que la cavité est très augmentée et contient également du mucus.

b) *Examen microscopique* : Les coupes montrent une muqueuse appendiculaire aplanie en certains points, réduite à une mince couche épithéliale étirée, hyperplasiée en d'autres. Les follicules clos ont disparu, la muscularis mucosæ et la sous-muqueuse sont le siège d'une sclérose et d'une inflammation subaiguë avec lymphangite et traînées de leucocytes, polynucléaires, de plasmocytes et de lymphocytes. Ces lésions d'inflammation en évolution et de sclérose cicatricielle témoignent d'une appendicite grave et rendent vraisemblable l'hypothèse d'une perforation au cours de l'évolution de cette appendicite.

En un point de la coupe le revêtement épithélial manque complètement et le mucus sécrété en abondance qui remplit la cavité appendiculaire, se trouve en contact direct avec la musculuse, amorçant ainsi la fistule par laquelle le mucus s'écoulait dans la grande cavité péritonéale.

A la face externe de la paroi appendiculaire, à la

surface de la séreuse, on trouve de grosses plaques de mucus qui sont englobées et divisées par des végétations de péritoine, végétations bourgeonnantes qui constituent un véritable tissu de granulations et qui sont le siège d'une diapédèse intense. Cet aspect est celui d'un caillot sanguin.

A noter l'absence de toute réaction giganto-cellulaire et l'absence de toute cellule épithéliale avec ou sans contenu muqueux.

Au niveau du nodule péritonéal, à distance, on trouve des plaques de mucus qui sont le siège d'une réaction péritonéale de reprise analogue, avec la même absence de toute cellule épithéliale pouvant expliquer une sécrétion locale.

Obs. XI (PERSONNELLE).

Il s'agit d'un homme de 49 ans, marié depuis trois mois, M. F. G..., qui entre dans le service de chirurgie du Docteur Roy, à l'hôpital civil de Soissons, le 8 juin 1932, pour une crise abdominale douloureuse très vive avec vomissements et température à 39°. L'interrogatoire nous apprend qu'il a été pris quelques jours auparavant de douleurs dans la fosse iliaque droite, supportables toutefois, et s'accompagnant d'un état nauséeux. Ces signes se sont calmés rapidement, puis la douleur a repris, d'une façon plus marquée, plus intense, environ 36 heures avant son entrée à l'hôpital ; cette douleur s'accompagne d'un vomissement ; l'état général s'est aggravé progressivement jusqu'à son transport à l'hôpital.

Antécédents : Dans les antécédents éloignés, on ne trouve aucune crise abdominale, même légère, ni aucun trouble digestif notable, le malade, marinier de son emploi, effectuant son métier sans aucune gêne.

Examen à l'entrée : Malade maigre, mais avec un bon aspect général, l'abdomen est plat, la respiration abdominale peu marquée.

La douleur qu'accuse le malade est située dans la région de la fosse iliaque droite, débordant sur l'hypocondre droit, l'épigastre, l'hypogastre.

A la palpation, on constate l'existence d'une contracture qui s'étend à l'étage inférieur de l'abdomen, mais avec un point maximum dans la fosse iliaque droite ; le maximum de la douleur est aussi au point de Mac Burney.

D'autre part, la palpation révèle une masse plus ou moins nette, sous la défense musculaire très douloureuse, plus nette dans ses limites qu'un plastron, moins douloureuse qu'un abcès. Toucher rectal non douloureux, ne révélant aucun signe notable.

Signes généraux : Température 38°5. Pouls 95. Le diagnostic, en présence de ces symptômes, est celui de crise d'appendicite avec accalmie et reprise de l'évolution, probablement avec perforation datant de cette reprise.

Intervention d'urgence : Incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, on trouve une masse indurée qu'on reconnaît être le cæcum rouge et adhérent. On suit le cæcum dont on a reconnu les bandes-lettres qui conduisent progressivement vers la région

appendiculaire. On trouve alors, en dedans du cæcum, très adhérente en dehors, une masse volumineuse, indurée, rouge violacée. On décolle progressivement cette masse qui semble être l'appendice à cause de sa situation par rapport au cæcum, mais dont on ne découvre pas encore toute l'étendue ; il paraît être gros comme un œuf de poule. En décollant la masse en dedans, on voit bientôt apparaître une substance gélatineuse, blanchâtre, abondante, paraissant provenir de cette masse. On fait alors le diagnostic de maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. On enlève une quantité de cette gelée répandue au-dessus et en dedans de cette masse et dont le volume est d'environ cinq cuillerées à soupe. On constate que « cette gelée de coing » sort d'une perforation longitudinale de l'appendice gigantesque dans toutes ses dimensions. On le dissèque ; libérant sa face postérieure, on constate que la perforation d'où sort la substance gélatineuse, se continue en haut, et détache complètement l'appendice du cæcum. Après ligature du méso très épaissi et difficilement reconnaissable, ablation de l'appendice géant, on extrait le cæcum ; on voit alors que toute la région avoisinant l'ancienne insertion de l'appendice est épaissie, cartonnée, indurée, et que la zone de section de l'appendice, longue d'environ deux centimètres en plein dans cette zone indurée, *laisse voir la muqueuse cæcale* ; on constate aussi, parce qu'on le recherche, que cet orifice communique largement avec la lumière cæcale, contrairement à l'opinion classique. Aussi, on ferme l'orifice du cæcum

par trois plans de catgut à l'aiguille de couturière, plans passant forcément dans la zone épaissie du cæcum. On n'examine pas le reste du péritoine qui est cloisonné ; cette recherche n'est pas effectuée afin de ne pas infecter une grande cavité exclue. On draine et mèche largement la région cæco-appendiculaire, en laissant toute la plaie ouverte.

Suites immédiates : Le malade a reçu le jour de l'intervention 40 cc. de sérum antigangréneux et 10 cc. de sérum anticolibacillaire. Nous avons jugé cette sérothérapie utile, tant l'aspect des lésions était saineux. Le quatrième jour la température tombe ; après l'intervention, on a retrouvé dans le pansement des morceaux de gélatine, s'évacuant par l'orifice de drainage. On enlève les mèches au cinquième jour. La température remonte, reste à 39° pendant une semaine, puis descend en lysis. A ce moment on enlève les vessies de glace, que le malade avait jusqu'alors ; la gélatine se fait de plus en plus rare, la suppuration abondante au début s'arrête.

Le malade sort complètement guéri le 16 juillet avec toutefois une petite éventration à la place de la cicatrice. Nous ne l'avons pas revu depuis, sa profession ne le lui permettant probablement pas.

Examen de la pièce : Appendice géant, gros comme un œuf de poule dont il a à peu près la forme ; il est ouvert sur environ trois travers de doigts. Cette ouverture répond à l'orifice d'où sortait la substance gélatineuse et à l'insertion de l'appendice au cæcum. On fend complètement l'appendice en prolongeant la per-

foration et en suivant le grand axe ; on découvre une cavité large, à parois épaisses et dures, contenant encore de la gélatine. Il n'y a aucun obstacle du côté cæcal qui interdise la communication avec le cæcum.

Examen histologique (Docteur DELARUE, Chef de clinique et assistant d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris) : Prélèvement de deux fragments d'une manière aussi peu mutilante que possible, l'un intéressant la base d'implantation de l'appendice sur le cæcum, l'autre intéressant la pointe. Le premier révèle histologiquement un processus d'inflammation subaiguë avec hyperplasie conjonctive intense responsable sans doute de l'oblitération cæco-appendiculaire. L'autre montre bien l'hyperactivité des glandes qui sécrètent abondamment une substance faiblement mucicarminophile et l'atrophie des autres éléments anatomiques de l'organe : follicules lymphoïdes et muscles.

Discussion

I. SYMPTOMATOLOGIE.

Dans toutes ces observations, nous remarquons que le caractère primordial de l'affection est d'avoir une symptomatologie variable. Cette maladie peut évoluer d'une façon insidieuse : on a trouvé, au cours de certaines autopsies, la cavité péritonéale remplie de mucus, l'appendice perforé sans qu'aucun symptôme

ait pu faire prévoir avant la mort, ou la perforation du viscère, ou l'épanchement de l'ascite gélatineuse (Observation FRAENKEL 1901). Dans d'autres cas, il existe des antécédents douloureux de la fosse iliaque droite, avec reprise brutale plusieurs mois après, simulant l'appendicite aiguë (Observation HARTMANN et BINET).

Dans notre observation personnelle, nous sommes intervenu d'urgence, croyant à une appendicite aiguë. Notre malade avait peu souffert pendant deux jours, après un début brutal, puis la crise était réapparue 36 heures après, plus intense que jamais. Parfois la maladie gélatineuse du péritoine se révèle par une tumeur de la fosse iliaque sans aucun symptôme douloureux. L'erreur de diagnostic avec le néoplasme est alors souvent difficile même après laparotomie (LEJARS 1912).

De tout ce qui précède, il résulte que l'appendice peut se perforer sans aucun symptôme clinique. Rappelons que pour le Professeur GRÉGOIRE, c'est la réaction péritonéale et non la perforation du viscère qui déclenche la douleur.

II. ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

La cause unique de la maladie de Péan paraît être l'ouverture dans le péritoine d'un kyste mucoïde formé aux dépens de l'appendice. Pourtant LEJARS, déjà en 1912, s'étonne que des amas gélatineux d'un pareil volume, épanchés librement dans la grande cavité pé-

ritonéale, procèdent uniquement du contenu de l'appendice ; ces mucocèles peuvent être pourtant d'un volume considérable, puisque NEUMANN en signale un, gros comme une tête d'adulte. La perforation de l'appendice a toujours été constatée. Elle est souvent minime, à tel point qu'on ne peut la voir que sous le microscope (Observation de MM. MONOD et VUILLIÈME, 1931).

En tout cas, on peut admettre que, ou bien cette perforation n'est pas visible, ou elle s'est oblitérée secondairement.

Pour expliquer la présence d'une quantité considérable de mucus gélatineux dans le péritoine, avec une si petite perforation du mucocèle, LEJARS avait émis l'hypothèse que cet orifice microscopique peut laisser échapper des cellules épithéliales qui vont se greffer sur le péritoine et coloniser à leur tour, devenant ainsi génératrices de mucus, et donnant naissance à de nouveaux foyers gélatineux. Dans un travail récent, MICHAELSON apporte des faits histologiques à l'appui de cette thèse. Dans deux cas, il a trouvé une masse constituée par des travées conjonctives emprisonnant le mucus et des cellules épithéliales cylindriques caliciformes.

Dans le cas de MM. MONOD et VUILLIÈME, malgré un orifice de perforation très minime, il n'a pas été trouvé de semblables cellules à distance de l'appendice.

Si l'on retient cette dernière hypothèse de LEJARS, appuyée par MICHAELSON, on est obligé d'admettre que l'appendice kystique est une tumeur, ce qui ne cadre

ni avec l'évolution clinique, ni avec la majorité des examens histologiques.

A vrai dire, la pathogénie de cette curieuse maladie gélatineuse reste encore obscure.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Un point anatomique important pour les auteurs classiques est que chaque fois que la communication cæco-appendiculaire a été cherchée, elle a été trouvée oblitérée. Dans notre cas personnel, il existait une large communication qui permettait le passage d'une sonde cannelée dans le pertuis, avec en plus une large ouverture du cæcum, à sa base. L'appendice est en général plutôt distendu qu'hypertrophié. Il est toujours perforé. Sur 19 cas, 16 fois cette perforation siégeait au niveau de l'appendice, 3 fois au niveau d'un diverticule. Dans 2 cas, où il n'y avait pas de perforation visible, elle a été reconnue secondairement au microscope.

Dans le cas qui nous occupe, elle est indubitable, vu ses dimensions.

La paroi du cæcum est en général cartonnée, le péritoine est rouge avec des zones de teinte livide et de fines granulations ressemblant à des taches de bougie.

Les lésions histologiques de l'appendice sont assez discrètes ; le Professeur HARTMANN signale que la muqueuse est en hyperfonctionnement au point que les cellules glandulaires obstruent la cavité appendiculaire ; ces cellules présentent des vacuoles au point

axial. Dans le cas de MM. MONOD et VUILLIÈME, la muqueuse appendiculaire est aplaniée en certains points, hyperplasiée en d'autres. Il y a des signes de sclérose cicatricielle et d'inflammation en évolution. Dans le nôtre, l'examen histologique fait par le Docteur DELARUE signale une hyperplasie conjonctive intense avec atrophie des autres éléments.

En général, on retrouve dans la substance gélatineuse des cellules hyperplasiées cylindriques, vacuolées, dont la substance est constituée par de la paramucine.

Les auteurs classiques admettent, en général, que c'est de la sécrétion appendiculaire morbide que précèdent les épanchements mucoïdes de l'appendice. Ils ont pour origine première la perforation d'un appendice kystique, d'un kyste mucoïde ou mucocèle de l'appendice. Mais ils ajoutent que la communication entre le cæcum et l'appendice est toujours oblitérée et ils en tirent la conclusion que le drainage est inutile après l'intervention.

Nous avons vu, dans notre cas, que la cavité appendiculaire était largement ouverte, l'appendice détaché du cæcum et que l'orifice cæcal n'était nullement oblitéré au moment de l'intervention. Est-ce que le kyste appendiculaire communiquait avec le cæcum, comme le cite LIEBLEIN ? — Cette hypothèse ne paraît pas devoir être confirmée, puisque le Docteur DELARUE dit dans son examen que l'hyperplasie conjonctive constatée dans le bout cæcal de l'appendice, peut être responsable de l'oblitération de la communication cæco-appendiculaire.

Nous pensons donc expliquer l'ouverture du cæcum par un phénomène secondaire ; la clinique nous y autorise, puisque le malade a eu une première crise assez calme, puis une seconde qui nous a fait croire à une perforation.

En tout cas, on n'a pas le droit d'affirmer la non-communication cæco-appendiculaire dans le muco-cèle de l'appendice.

Evolution — Pronostic

Tous les auteurs classiques affirment la bénignité de cette affection. Ils se basent sur l'observation de malades suivis pendant plusieurs années. Ils opposent volontiers ce caractère bénin, à la malignité de la maladie gélatineuse d'origine ovarienne.

Cependant, il ne faut pas trop affirmer la bénignité de cette affection. TRAENKEL juge lui-même cette opinion trop absolue.

D'autre part, cette affection peut récidiver comme dans l'observation de MM. HARTMANN et BINET. Cette récurrence est possible après évacuation de la gelée, résection de l'appendice, même quand on n'a pas trouvé de cellules épithéliales sécrétantes dans le péritoine comme dans les cas cités par LIEBLEIN. Enfin dans notre cas particulier, le cæcum étant directement en communication avec la grande cavité, le pronostic devenait aussi sérieux que pour une perforation d'ap-

pendicite aiguë ; la courbe de température de notre malade en témoigne, ainsi que l'évolution de la maladie ; qu'il s'agisse d'une maladie gélatineuse du péritoine avec greffes cellulaires épithéliales répondant à la théorie de MICHAELSON, qu'il s'agisse d'un simple épanchement gélatineux, il semble bien que le pronostic doit être plus réservé, quoi qu'en disent les auteurs classiques.

Il faut, à notre avis, émettre le même pronostic que pour une appendicite aiguë perforée et tenir compte surtout du temps qui sépare la perforation de l'intervention.

CONCLUSIONS

De la discussion des observations des différents auteurs cités dans ce travail, et de notre observation personnelle, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Dans le pseudo-myxome de l'appendice, l'orifice cæcal peut ne pas être oblitéré.

II. — L'épanchement gélatineux du péritoine n'est donc pas toujours et nécessairement aseptique.

III. — Le rapprochant en cela d'une appendicite aiguë perforée, agir comme tel, et drainer la fosse iliaque droite, dans la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.). — Trois cas de maladie gélatineuse du péritoine à point de départ ovarien. (*Gynécologie*, Paris, 1913, p. 513-521).
- ALBERTI (V.). — Contributo alla conoscenza del pseudomiscoma del péritoneo d'origine appendicolare. (*Policlinico* (sez Chir.), 38 : 265-277, juin 1931).
- ANDREI (G.). — Pseudomixoma del peritoneo di origine appendicolare. (*Arch. ed. Atti. Soc. Ital. di Chir.*, Roma, 1921, : 1922, p. 119-121).
- ALBERTI (V.). — Contributo alla conoscenza dei pseudomiscoma del péritoneo d'origine appendicolare. (*Arch. ed. atti. d. Soc. Ital. di chir.*, 37 : 863-865, 1931).
- ARNAUD. — A propos de la maladie gélatineuse du péritoine. (*Marseille médical*, 15 février 1930).
- BADOLLE. — Sur un cas de maladie gélatineuse du péritoine due à la rupture d'un kyste de l'ovaire, quelques jours après une grossesse à terme. (*La Loire médicale*, n° 6, juin 1929, page 252).
- BAVIERA (V.). — Pseudomixoma del peritoneo consecutivo ad appendicite. (*Riv. Ospedal*, Roma, 1922, p. 14-16).
- BREWIT. — Pseudo-myxoma peritonei. (*Deutsche Med. Woch.*, 1908, p. 1700).

- BLANC (M.). — A propos d'un cas de pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Thèse de Lausanne*, 1921).
- CAZIN (M.). — La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. (*Paris Chirurgical*, 1914, p. 533-538).
- CHAVANNAZ (G.). — Pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1909, p. 459-462).
- CLELAND (J. B.), SLEEMAN (J. G.). — Pseudomykoma peritonei of appendiceal origin mucocoele of appendix. (*Med. Journ. Australia*, Sydney, I, page 787, 14 mai 1927).
- COISSIEUX (Léon). — Contribution à l'étude des épanchements gélatineux du péritoine. (*Thèse d'Alger*, 1930).
- DELETREZ (A.). — Pseudo-myxoma du péritoine d'origine appendiculaire. (*Rev. de Gyn. et Chir. Abdom.*, Paris, 1913, p. 39-44).
- DIALTI (G.). — Pseudomixoma del peritoneo di origine appendicolare in ernia dell'appendice. (*Clin. Chir.*, Milano, 1914, p. 1729-78).
- FERRARI, C. VERGOS. — Trois cas d'épanchements gélatineux du péritoine chez la femme. (*Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 31, séance du 20 novembre 1929 page 1218).
- GIARDINA (S. G.). — Se lo pseudomixoma del peritoneo nell'uomo sia sempre di origine appendicolare. (*Riforma Med.*, Napoli, 1922, p. 1209-1211).
- GANGL (H.). — Zur Pseudomyscomfrage. (*Deutsche Ztschr. f. Chirurg.*, 240 : 788-790, 1933).
- GIRAUD (Jules). — Maladie gélatineuse du péritoine. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, n° 1, janvier 1929, page 221).

- GRUGET. — La maladie gélatineuse du péritoine. (*Arch. Méd. d'Angers*, 1922, p. 53-65).
- GUBERN SALISACH (L.). — A proposito de la enfermedad gelatinosa del peritonea o pseudomiscoma peritoneal. (*Revue de cir. de Barcelona*, 5 : 3-21, janvier 1933).
- GUCCI (G.). — Pseudomiscoma peritonacale di origine appendicolare. (*Archives Ital. de chirurgie*, 28 : 524-530, 1931).
- GUIMBELLOT. — A propos de la maladie gélatineuse du péritoine. (*Société de Chirurgie*, séance du 11 décembre 1929).
- HARTMANN (H.) et BINET (L.). — Le pseudo-myxome d'origine appendiculaire. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1918, p. 65-80).
- HYVERNAUD (J.). — Le pseudo-myxome d'origine appendiculaire. (*Thèse de Paris*, 1920).
- KEMKES (H.). — Uber Pseudomyscoma peritonei ex processu vermiformi. (*Deutsche Ztschr. f. chirurgie*, 237 : 481-497, 1932).
- LEJARS. — La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. (*Semaine Médicale*, Paris, 1912, p. 589-592).
- JAMES C. MASSON M. D. and ROBERT A. HAMRICK M. D. — Pseudomyxoma peritonei secondary to ovarian cystadenoma. (*The Canadian Medical Association Journal*, avril 1930, page 508).
- MICHAELSSON (E.). — Zwei Fälle von Pseudomyxoma peritonei e processu vermiformi. (*Acta Chir. Scandinav.*, 68 : 37-54, 1931).
- MONOD (Raoul-Charles), J. VUILLIÈME. — La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 1, juillet 1931).

- MORELLI (M.). — Pseudomiscoma peritonei ex-appendice. (*Pathologica*, 25 : 80-87, 15 février 1933).
- PITTS (H. H.), E. A. GEE. — Pseudomyscoma peritonei originating in mucocele of appendix. (*Canada M. A. J.* 28 : 266-268, mars 1933).
- RIES. — Pseudomyxoma peritonei. (*Surg. Gynec. et Obstetr.*, Chicago, 1924, p. 569-579).
- SABRAZES (J.). — Pseudo-myxome du péritoine ; polypose glandulaire d'un appendice sclérosé, calcifié et perforé. (*Compte rendu de la Soc. Biol.*, Paris, 1911, p. 475-78).
- Hypersécrétion glandulaire et plasmodes géants de l'appendice dans un cas de pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Compte rendu Soc. Biol.*, Paris, 1911, p. 473-75).
- SCHENA (A. T.). — Cancer mucoso de apendice. Peritonitis gelatinosa. (*Bol. y. Trab. de la Soc. de cir.* de Buenos-Ayres, 16 : 320-322, 1^{er} juin 1932).
- SCHEWKET. — Ein Fall von Pseudomyscoma ex-appendicitide. (*Zentralbl. f. Chirurgie*, 58 : 413-415, 14 février 1931).
- SCHWERS (H.). — Pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Scalpel*, Liège, 1913-14, p. 695).
- SEITUN. — Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine (maladie de Péan). (*La Semana Medica*, n° 37, 10 septembre 1931).
- SEELIG (M. G.). — Pseudomyxoma peritonei in male subjects. (*Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1920, p. 570-75).
- SUSSI (L.). — Contributo allo studio del mucocèle e dei pseudomiscoma del peritonea di origine appendicolare. (*Policlinico* (sez. Chir.), 37 : 568-576, novembre 1930).

WILENSKI (A. O.). — Pseudo-myxoma peritonei. (*Prog. Med.*, Philad., 1921, p. 89-91).

LELIO O-ZENO-OSCAR CAMES-JOSE M. CID. — Invaginacion apendicular quiste mucoide pseudomixoma del peritoneo d'origen apendicular. (*Revista Medica Latino Americana*, abril 1930).

92-1

92